

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 mai 1895, à 1 heure

Par VICTOR LACAVALERIE

Né à la Martinique le 20 novembre 1860

Ancien externe des hôpitaux

ÉTUDE

SUR LE

LUPUS ÉRYTHÉMATO-TUBERCULEUX

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 mai 1895, à 1 heure

Par VICTOR LACAVALERIE

Né à la Martinique le 20 novembre 1860

Ancien externe des hôpitaux

ÉTUDE

SUR LE

LUPUS ÉRYTHÉMATO-TUBERCULEUX

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en ait ni leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE SÉBASTIEN

A MON ONCLE EDMOND

A MON ONCLE AJAX HOLOZET

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR BALL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

A MONSIEUR TUFFIER

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR BALLET

Professeur agrégé de la Faculté de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

É T U D E

SUR LE

LUPUS ÉRYTHÉMATO-TUBERCULEUX

AVANT-PROPOS

En arrivant au terme de nos études médicales nous saisissons avec empressement l'occasion d'adresser nos remerciements sincères à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Leur excellent enseignement a été pour nous une mine féconde où ils nous ont permis de puiser à pleines mains. Notre reconnaissance leur est acquise pour toujours.

Nous devons aussi remercier M. le professeur Fournier qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Depuis bien des années la question de la nature du lupus érythémateux a été agitée en maintes circonstances sans que l'accord ait pu se faire entre les dermatologistes. En 1881, par exemple, cette question fut posée par Kaposi au Congrès international de médecine de Londres. A cette époque deux hypothèses se présentaient entre lesquelles les membres du Congrès eurent à choisir : Inflammatoire pour la plupart d'entre eux et pour Kaposi lui-même, le lupus érythémateux fut considéré pourtant comme un néoplasme par quelques-uns.

L'année suivante, l'admirable découverte par Koch du bacille de la tuberculose si féconde en résultats pour la dermatologie comme pour les autres branches des sciences médicales, entraîna à sa suite la démonstration de la nature tuberculeuse du lupus-vulgaire. Bien que cette opinion fût depuis longtemps celle de la plupart des dermatologistes, pourtant la constatation du bacille de la tuberculose dans les coupes de peau atteinte de lupus vulgaire, et la production de tuberculose bacillaire vérifiée par les examens bactériologiques à la suite d'inocu-

lation des tissus et des granulations lupiques chez les animaux n'en fut pas moins un évènement important qui vint renouveler complètement la question.

Dans le lupus érythémateux les recherches du bacille de Koch sont toujours restées négatives; négatives aussi ont été les inoculations.

Et pourtant des auteurs très autorisés, parmi lesquels il nous suffit de citer M. Besnier en France et Hutchinson en Angleterre, admettent que le lupus érythémateux est de nature tuberculeuse.

En l'absence de preuves bactériologiques, M. Besnier appuie son opinion sur des données cliniques telles que l'existence d'antécédents héréditaires tuberculeux ou de traces de tuberculose locale chez les malades eux-mêmes.

Au deuxième Congrès de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Vienne en 1892 l'état de la question reste le même et des opinions diverses sont émises et défendues avec talent.

Malcolm Morris admet que le *lupus erythematosus* est une affection inflammatoire appartenant au groupe des érythèmes et dont la nature infectieuse ne serait nullement démontrée. « Sa cause prochaine est un trouble circulatoire local provoqué lui-même par une lésion nerveuse ou par un agent extérieur tel que la chaleur ou le froid. Les poussées aiguës inflammatoires peuvent être dues à une infection secondaire par un microbe tel que le streptocoque de l'érysipèle. » Il va même jusqu'à admettre que la nomenclature actuellement usitée a l'inconvénient de provoquer une grande confusion et il propose de renoncer complètement au nom de lupus éry-

thémateux pour le remplacer par celui d'érythème atrophiant.

D'après Veiel de Caustatt la nature du lupus érythémateux est encore inconnue. Bien que la marche et l'extension périphérique de la maladie fassent admettre une origine parasitaire, ce parasite n'est pas encore connu. Il croit comme l'auteur précédent qu'elle n'est pas de nature tuberculeuse : l'évolution clinique et l'examen histologique le prouvent suffisamment, à son avis. Jamais il n'a trouvé dans cette affection des cellules géantes, ni des bacilles de la tuberculose ; jamais il n'a pu produire une infection tuberculeuse chez les animaux. Sur les 115 malades qu'il a observés, quelques-uns seulement ont réagi sous l'influence de la tuberculine. Dans un tiers des cas il y avait de la tuberculose concomitante.

Petrini de Bucarest croit aussi que le lupus érythémateux est tout à fait distinct du lupus vulgaire et de la tuberculose.

Pour Radcliffe Crocker (de Londres) le lupus érythémateux serait une maladie d'origine inflammatoire, atteignant des points où la circulation est affaiblie, absolument distincte de la tuberculose, bien que celle-ci puisse jouer le rôle de cause prédisposante. Il reconnaît qu'on trouve souvent chez les malades des antécédents tuberculeux, et pense que les microbes peuvent ne pas être sans influence sur son développement, car le traitement par les antiseptiques est réellement efficace.

De même Rosenthal n'admet pas la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

Plus réservé est Jamieson qui, malgré les arguments

émis par Morris et par les autres auteurs n'est pas convaincu qu'il n'y a pas quelques rapports entre la tuberculose et le lupus érythémateux. Il existe, dit-il, la plus grande analogie entre la lèpre et la tuberculose, le lupus vulgaire paraît répondre assez exactement à la lèpre tubéreuse, le lupus érythémateux semble être l'analogue de la lèpre anesthésique. Il serait intéressant de contrôler cette hypothèse par l'examen des nerfs dans le lupus érythémateux.

Avec les dermatologistes français la question change de face. Nous avons indiqué plus haut celle de M. Besnier. Comme lui M. Hallopeau admet la nature tuberculeuse du lupus érythémateux et ne croit pas que les résultats négatifs des recherches bactériologiques suffisent pour la faire rejeter. Toutes les tuberculoses de la peau se font remarquer par leur évolution lente et par le petit nombre de bacilles qu'on y trouve. Il est probable qu'en végétant dans le derme le bacille tuberculeux subit une atténuation, laquelle peut varier suivant les diverses parties du derme qui sont atteintes. Dans le lupus érythémateux comme dans le lichen scrofulosorum cette atténuation atteint un degré très accusé d'où la difficulté de mettre le bacille en évidence.

M. Brocq en faveur de l'opinion des dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis, fait remarquer que les histologistes ont longtemps nié la nature tuberculeuse du lupus vulgaire. Aussi les résultats négatifs des recherches microscopiques ne sont-ils pas des preuves irréfragables.

Il admet en outre qu'on peut distinguer deux formes dans ce qui est généralement désigné du nom de lupus

érythémateux. D'une part le *lupus érythémateux fixe*, à évolution lente, laissant des cicatrices profondes, même à la suite de la régression spontanée. C'est l'herpès crétacé de Devergie, et même dans une certaine mesure le *lupus érythématoïde* de Leloir. D'autre part l'érythème centrifuge symétrique qui évolue très vite et laisse peu de cicatrice. Il est très possible que le *lupus érythémateux fixe* soit une lésion bacillaire et tuberculeuse; mais il croit difficile de faire de l'érythème centrifuge symétrique une simple forme de tuberculose cutanée. Il aurait tendance à le considérer comme un érythème se développant sous des influences diverses, peut-être entre autres des causes infectieuses comme des toxines. Ce qui, M. Brocq le reconnaît, complique la question, c'est qu'on voit le *lupus érythémateux fixe* succéder à l'érythème centrifuge.

Voilà brièvement résumées les opinions principales des dermatologistes sur le *lupus érythémateux*. Les uns admettent sa nature tuberculeuse, soit pour toutes les formes, soit pour quelques-unes seulement; d'autres nient entièrement toute relation entre la tuberculose et le *lupus érythémateux* ou admettent simplement que les individus bacillaires y seraient spécialement prédisposés. Enfin il est un certain nombre de dermatologistes qui ne se prononcent nullement sur sa nature, et, avec une prudente réserve déclarent que, dans l'état actuel de la science il est impossible de se faire une opinion.

Nous avons eu tout récemment l'occasion d'observer chez un même individu la coexistence de plaques de *lupus érythémateux* absolument typique et, en même temps,

d'un petit placard de *lupus vulgaire* pour lequel le diagnostic était des plus aisés et n'a pas prêté un seul instant à discussion. Nous avons cru trouver là une observation intéressante dans laquelle nous pourrions trouver un argument de plus à ajouter à ceux qui ont déjà été émis par nos maîtres de l'hôpital Saint-Louis en faveur de la nature tuberculeuse du *lupus érythémateux*. Nous aurons aussi, à propos de cette observation, ainsi qu'à propos des autres cas que nous avons pu recueillir dans les différentes publications françaises et étrangères à nous demander s'il y a bien chez les malades, dont nous relaterons l'histoire, coexistence de deux types morbides jusqu'ici considérés comme distincts en clinique : *lupus érythémateux* d'une part, *lupus tuberculeux* d'autre part, ou bien si ces cas ne devraient pas rentrer dans la forme de *lupus vulgaire* à laquelle M. le professeur Leloir (de Lille) a donné le nom de *lupus vulgaire érythématoïde*. Il nous restera enfin à donner un aperçu clinique de ces *lupus mixtes érythémateux et tuberculeux* et à les différencier des affections avec lesquelles elles pourraient être confondues.

Si nous cherchions à éclaircir d'une façon définitive la nature du *lupus érythémateux* nous entreprendrions une tâche au-dessus de nos forces. Notre rôle est plus modeste : Nous voulons simplement montrer, après d'autres, qu'entre les *lupus érythémateux et tuberculeux* on trouve, soit des faits de passage, soit des éruptions où il y a coexistence de ces deux affections dans une même région. De ces faits nous essayerons de tirer des arguments pour ajouter à ceux qui, à d'autres points de vue

ont été émis en faveur de la nature bacillaire de l'une et l'autre forme de lupus.

Nous voudrions aussi et tout particulièrement montrer que dans les lupus mixtes, les lésions érythémateuses ne précèdent pas forcément, comme le prétendent les auteurs, l'apparition des tubercules.

LUPUS ÉRYTHÉMATO-TUBERCULEUX

Nous avons dit que M. Brocq divisait les lupus érythémateux en une première variété, mobile, à évolution centrifuge, à disposition symétrique et une deuxième, lupus érythémateux fixe. Dans certains cas ces lupus érythémateux présentent au début un aspect absolument typique. Ils s'installent, par exemple, en un point quelconque d'une joue et évoluent fort lentement sur un noyau d'induration profonde. Puis on voit apparaître çà et là sur la cicatrice, ou même en tendant les téguments, au milieu de la zone active, de petits points jaunâtres qui ont l'aspect, la consistance et l'évolution des tubercules de lupus vulgaire. C'est la forme dite mixte et érythémato-tuberculeuse. « A mon sens, dit M. Brocq, elle ne doit pas être rangée dans le lupus érythémateux, mais dans le « lupus vulgaire. Elle n'est en somme qu'un lupus vulgaire présentant à son début une phase pendant laquelle « il simule le lupus érythémateux. »

M. le professeur Leloir est de cet avis également ; il donne à cette forme le nom de lupus vulgaire érythématoïde, et pour lui ces lupus seraient à proprement parler des lupus tuberculeux simulant à première vue le lupus érythémateux.

Mais tous les lupus érythémo-tuberculeux ne présentent pas les caractères indiqués par M. le professeur Leloir. Nous avons eu l'occasion d'en observer un qui en diffère totalement au point de vue de la marche. Ce qui frappe surtout dans notre cas c'est l'apparition simultanée de lésions absolument caractéristiques de lupus érythémateux d'une part, persistant plusieurs années avec ces mêmes caractères, et d'autre part des plaques parfaitement nettes de lupus tuberculeux isolées, distinctes des précédentes. Enfin il y avait des plaques qui, à une première période, donnaient absolument l'illusion d'un lupus érythémateux, et, plus tard, par un examen attentif, nous pouvions pourtant reconnaître l'existence de tubercules isolés, discrets, assez difficiles à découvrir; mais présentant la coloration sucre d'orge pathognomonique ainsi que le volume ordinaire des tubercules cutanés. Ce malade il y a 4 ans vit apparaître en premier lieu une plaque de lupus érythémateux sur le nez; puis quelque temps après une autre plaque de lupus tuberculeux en un autre point de la face. Une troisième, au dire du malade, homme intelligent et donnant des renseignements très précis, avait présenté au début tous les caractères du lupus érythémateux et plus tard se transforma en un lupus tuberculeux bien net.

Ainsi donc, chez lui, il y eut apparition presque simultanée des deux formes de lupus, érythémateux et tuberculeux. Contrairement aux observations publiées par les auteurs, et par Hutchinson en particulier dans ses leçons sur quelques affections rares de la peau, contrairement aussi aux assertions de M. Brocq qui considère les cas de

lupus mixte comme des lupus tuberculeux ayant présenté d'abord une première phase pendant laquelle ils simulent le lupus érythémateux et présentent les caractères de ce dernier ; dans nos observations la lésion caractéristique du lupus tuberculeux est apparue tout d'abord.

Cette discussion a une certaine importance dans l'état actuel de la science. Si la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est admise par un certain nombre de dermatologistes, il en est d'autres, en revanche, nous l'avons montré plus haut, qui se refusent absolument à admettre cette opinion, et M. Brocq lui-même, contrairement à l'opinion de son maître M. Besnier, s'il croit également que beaucoup des faits aujourd'hui décrits sous le nom de *lupus erythematosus* sont des tuberculoses locales, croit pourtant que l'on a désigné sous ce nom des affections distinctes ; d'une part le lupus érythémateux fixe, profond, d'autre part une dermatose aberrante, symétrique, vraiment digne d'être appelée érythème centrifuge et qui lui paraît, cliniquement au moins, bien différente des lupus érythémateux vrais, c'est-à-dire des tuberculoses locales.

Nous trouvons encore dans le même auteur le passage suivant où il expose d'une manière très nette sa façon de comprendre les lupus : « Ceux qui soutiennent l'identité de nature de toutes les dermatoses autrefois rangées dans le lupus érythémateux et du lupus vulgaire font ressortir qu'il existe entre ces deux types morbides toutes les formes possibles de transition, que l'on voit souvent un érythème centrifuge symétrique typique de la face coïncider avec des plaques de lupus érythémateux fixe du

cuir chevelu, et d'autre part que l'on voit parfois un lupus érythémateux fixe devenir lupus vulgaire, de telle sorte que l'on trouve réunis chez le même malade les signes distinctifs des deux affections.

Cet argument est de la plus grande valeur ; cependant il n'est pas absolument démonstratif, et cela pour les raisons suivantes. Nous croyons que plusieurs dermatoses distinctes de nature peuvent revêtir à un moment de leur évolution, mais surtout à leur début, l'aspect objectif que l'on a jusqu'ici considéré comme caractéristique du lupus érythémateux. En particulier, il est possible que le lupus vulgaire typique puisse débiter par une phase érythémateuse. Tout porte à croire d'ailleurs qu'un derme déjà en état de réceptivité morbide par une lésion quelconque est plus exposé qu'un derme sain à être infecté par le bacille de la tuberculose ».

Nous n'essayerons pas de trancher cette question de haute pathologie ; nous n'avons pour cela aucune compétence, et si nous exposons ces idées c'est uniquement pour montrer que, dans un sujet aussi complexe, des faits cliniques rares et intéressants tels que ceux que nous avons pu voir, ont une certaine importance. Ainsi que nous le démontrerons, d'une part ces observations, d'autre part celles que nous avons recueillies dans les auteurs, nous croyons pouvoir diviser les lupus érythémato-tuberculeux au point de vue clinique en deux classes :

1° Lupus mixte, affectant d'abord l'aspect d'un lupus érythémateux, qui s'installe en un point quelconque du corps, la face le plus souvent, évolue lentement, laisse des cicatrices sur lesquelles on peut voir de petits points

jaunâtres mous et friables, minuscules, qui ont l'aspect et la consistance ainsi que l'évolution des tubercules du lupus vulgaire (lupus vulgaire érythématoïde de M. le professeur Leloir).

2° A côté de ces faits mais dans une classe distincte pensons-nous, il faut noter aussi certains lupus mixtes dans lesquels on voit apparaître simultanément d'un côté en un point donné les lésions caractéristiques du lupus erythematosus, de l'autre, celle du lupus vulgaire tuberculeux en un autre point. Ces deux ordres de lésions ont persisté d'une manière absolument constante, avec les mêmes caractères, et l'examen le plus minutieux ne permet pas de les identifier avec la forme précédente.

LUPUS VULGAIRE ÉRYTHÉMATOIDE

(LELOIR).

Le lupus érythémato-tuberculeux auquel M. le professeur Leloir a donné le nom précédent se montre ordinairement à la face, exceptionnellement au cou et sur le tronc. Il présente l'aspect d'un placard plus ou moins grand, parfois double ou triple, débutant ordinairement sur une joue; mais pouvant être bilatéral et symétrique, présenter l'aspect classique en papillon ou en chauve-souris de certains lupus érythémateux, du vespertillio de Balmano-Squire. Ce placard présente une rougeur plus ou moins intense, plus ou moins vive, disparaissant plus ou moins complètement sous la pression du doigt.

Cette surface, à la loupe surtout, paraît marbrée comme d'une sorte de quadrillage d'un rouge brunâtre ou violacé, au milieu des mailles duquel on trouve de petits points blanchâtres ou jaunâtres. Il existe parfois de fines arborisations vasculaires plus ou moins abondantes, surtout à la périphérie du placard.

La surface érythémateuse est parfois, çà et là, légèrement desquamante et même recouverte de petites croû-

telles lamelleuses, d'aspect parfois un peu séborrhéique. Ces lésions de l'épiderme s'observent surtout à la périphérie du placard.

Son aspect, en somme, étant donné qu'au centre se forme fréquemment une dépression par suite de la tendance à la cicatrisation et à la résorption interstitielle qui se fait à ce niveau, rappelle beaucoup celui de l'érythème centrifuge de Bielt, la séborrhée congestive de Hèbra. Il en a même souvent la symétrie.

« Mais, dit M. le professeur Leloir, il arrive souvent que lorsqu'on tend la peau au niveau de la zone d'extension active du mal, de constater à ce niveau de petits points, de petits nodules miliaires jaunâtres. » Le même auteur pour les voir, dans les cas où ils pourraient passer inaperçus, les rend plus apparents en humectant la peau avec de l'eau ou mieux avec de la glycérine ou de l'alcool. Les nodules se présenteront alors avec un aspect analogue à celui du lupus vulgaire vrai.

La consistance de ces petits nodules est celle des lupômes dont ils présentent la mollesse gélatiniforme.

Parfois ils sont très difficilement visibles et, malgré des recherches assez attentives peuvent passer inaperçus. C'est alors que le lupus vulgaire érythématoïde, dit M. Leloir, correspond au lupus mixte ou érythématotuberculeux de certains dermatologistes. Il peut se faire que ces nodules ne puissent être constatés que pendant une certaine période. On pourrait alors les confondre avec le lupus érythémateux.

Mais en saisissant le placard entre les doigts on constate l'existence d'une infiltration profonde, indurée, qui

peut parfois acquérir une consistance presque cartilagineuse dans une variété où les productions néoplasiques du lupus suivent l'évolution et la marche du lupus scléreux. A cette forme Leloir propose le nom de *lupus vulgaire scléreux érythématoïde*.

La marche de cette affection est lentement envahissante et son extension centrifuge. Elle évolue avec la plus grande lenteur, elle peut, dans certains cas, être très longtemps localisée dans un seul point du tégument, au niveau d'une joue, par exemple.

Cette forme diffère de celle que nous allons étudier plus bas en ce qu'elle ne s'ulcère jamais, à moins d'être soumise à un traitement irritant. De plus on peut observer à sa périphérie une certaine tendance à la cicatrisation, qu'on n'observe pas dans le lupus érythémateux et que nous ne retrouvons pas dans notre observation personnelle.

De plus, lorsque la cicatrisation se fait au centre elle ne se produit pas sous formes de mouchetures disséminées au centre du placard comme dans le lupus érythémateux vrai.

Le lupus vulgaire érythématoïde est absolument exceptionnel au cuir chevelu. Comme pour le lupus vulgaire en général, cet envahissement est très rare et se fait surtout par la nuque, tandis que le lupus érythémateux vrai peut attaquer le cuir chevelu sous forme de plaques isolées, à disposition peladoïde, rondes, disséminées au hasard sur le vertex ou ailleurs.

Autrefois on croyait que quand, sur ces lésions simulant le lupus érythémateux se formaient des tubercules, il

y avait transformation du lupus érythémateux en lupus tuberculeux. Telle est encore l'opinion des auteurs qui considèrent l'une et l'autre forme comme des tubercules locales cutanées. Il en résulte donc qu'en somme il n'y a véritablement qu'une discussion de mots puisque ces auteurs aujourd'hui considèrent les lupus érythémateux comme le résultat d'une localisation du bacille de Koch dans les téguments.

Quoi qu'il en soit, nous allons maintenant étudier un cas différent des lupus vulgaires érythématoïdes de M. Leloir et qui est pourtant une forme mixte de lupus. Chemin faisant, nous indiquerons les différences essentielles qui le séparent des faits étudiés par le dermatologiste de Lille et dont les caractères ont été énumérés plus haut.

LUPUS MIXTE

Erythémateux et tuberculeux, présentant des placards typiques de l'une et l'autre forme de lupus.

M. Leloir a décrit le lupus vulgaire érythématoïde. Nous n'avons pas la prétention de créer ici un type morbide nouveau; nous voudrions seulement montrer que tous les cas ne rentrent pas dans la description, admirable d'ailleurs à tant de points de vue, qu'il a donnée.

Chez notre malade, survint tout d'abord, au niveau du nez, quatre ans avant le moment où nous l'avons observé une tache rouge qui s'étendit d'abord assez rapidement jusqu'au moment où elle eut envahi la surface presque entière de l'organe. Le placard ainsi constitué ne présentait nullement les caractères que Leloir attribue à son lupus vulgaire érythématoïde: des limites peu nettes, ne présentant ni saillie ni dépression, une rougeur assez intense, une certaine rudesse au toucher; pas de vascularisation variqueuse, tels étaient avec les dilatations des orifices pilo-sébacés les caractères les plus importants de cette lésion. Nous n'y avons trouvé, malgré un examen extrê-

mement minutieux et répété à plusieurs reprises, aucune trace de tubercule, aucune lésion même rappelant en quoi que ce soit le grain de sucre d'orge enchâssé dans la peau. La rougeur était parfaitement uniforme, et même en examinant à la loupe il était difficile de constater l'existence de très fines dilatations vasculaires.

La marche avait été lente sans doute ; mais l'infiltration des téguments faisait complètement défaut. Au toucher la peau n'était ni épaissie ni atrophiée et nous n'avons remarqué en faisant un pli aux téguments aucune différence entre leur épaisseur au niveau de la lésion et leur épaisseur dans les régions saines les plus voisines, la racine du nez par exemple ; leur souplesse également est parfaitement conservée.

Nous avons donc là, un placard de lupus érythémateux absolument caractéristique. Mais, en même temps, le malade présentait d'autres lésions absolument différentes à certaines périodes tout au moins de leur évolution ! Au-devant de l'oreille droite un lupus tuberculeux, en partie végétant, avec des nodules présentant tous les caractères macroscopiques que M. Leloir attribue avec raison aux lupômes.

En même temps, sur le menton avait évolué une lésion qui présenta d'abord l'aspect d'un lupus érythémateux et qui, plus tard, se transforma en un lupus tuberculeux.

Si le diagnostic de lupus vulgaire est indiscutable, celui de lupus érythémateux ne l'est pas moins chez notre malade, et s'il fallait une preuve de plus nous la trouverions dans les lésions du cuir chevelu. Les manifestations qui, dans cette région par tous les auteurs et par M. Leloir

en particulier sont considérées comme absolument caractéristiques du lupus erythématosus se trouvent chez notre malade avec une évidence indéniable :

Sur le cuir chevelu se voyaient disséminées plusieurs plaques glabres qui occupaient presque exclusivement la partie centrale du cuir chevelu. Leur forme irrégulièrement circulaire, ou polycyclique par confluence de lésion voisine, la déglabration complète à leur niveau, qui leur donne l'aspect de plaques de pelade. Elles en diffèrent seulement, les unes par une coloration un peu rougeâtre, les autres par l'aspect cicatriciel de leur centre; toutes par l'existence à leur surface de petites squames très rugueuses au toucher.

Voici cette observation :

OBSERVATION I (personnelle).

Lupus érythémato-tuberculeux : coexistence chez ce malade de lupus tuberculeux et de lupus érythémateux typique, ainsi que de lésions mixtes : lupus érythémateux avec quelques tubercules isolés. Apparition presque simultanée de ces divers éléments, persistance indéfinie de leur aspect primitif.

A l'âge de 19 ans, ce malade a eu des crachements de sang ; le médecin qui le vit à cette époque lui fit, dans les régions sous-clavières, des pointes de feu et lui prescrivit de l'huile de foie de morue et de la créosote. Ces hémoptysies s'accompagnaient de toux et d'une légère oppression ; mais il put pourtant continuer à travailler et il fut, l'année suivante, accepté comme soldat.

Le malade a aujourd'hui 25 ans; il exerce la profession de maçon et paraît avoir une santé robuste.

Il y a quatre ans il vit apparaître sur le lobule du nez, à gauche de la ligne médiane, une tache rouge, d'abord très petite et qui s'étendit assez rapidement.

A peu près à la même époque, apparut un autre placard éruptif au devant de l'oreille gauche, placard différent du précédent, ainsi que nous explique le malade : Sur le nez la lésion a toujours été constituée par une simple tache rouge, tandis qu'au devant de l'oreille il y eut dans l'épaisseur de la peau des grains jaunes et des ulcérations recouvertes de croûtes.

Deux ans après l'apparition de ces lésions il voit apparaître sur le cuir chevelu, d'abord une, puis deux, puis trois, etc., plaques rouges au niveau desquelles les poils tombent complètement.

Enfin, il y a dix-huit mois, s'est développée sur la partie inférieure de la joue gauche une plaque nouvelle qui, d'abord rouge, lisse, avec par-ci, par-là quelques squames blanches. Cette lésion s'étendit progressivement par sa périphérie, sans changer de caractère pendant un an. Puis dans la partie postérieure de la plaque des tubercules sont apparus enchâssés dans le derme.

Ces lésions ne s'accompagnent pas de grands troubles subjectifs. Le malade se plaint seulement, en été pendant les grandes chaleurs, d'éprouver des démangeaisons vives. En hiver et quand il fait froid elles sont beaucoup moins intenses; de même pendant les saisons tempérées.

Etat actuel. — 13 décembre 1894. — Le malade présente sur le nez une plaque de lupus érythémateux absolument typique, qui descend jusqu'à la partie moyenne du lobule du nez, remonte jusqu'au niveau du sillon situé au niveau de la racine. Sur les côtés sa disposition est symétrique et elle recouvre toute son étendue, sauf la partie qui entoure les sillons des ailes du nez.

Les limites sont assez nettes ; pourtant à la périphérie la rougeur s'atténue progressivement avant de disparaître. L'éruption ne forme ni saillie, ni dépression, et, à la vue c'est seulement par la différence de teinte qu'on reconnaît ses limites. Mais au toucher, tandis que les parties saines sont lisses et unies, douces au toucher, la partie malade est, au contraire, rugueuse et donne une légère sensation de rape. La rougeur est à peu près uniforme ; un peu plus claire pourtant au centre de la plaque, un peu plus vive à la périphérie. De plus sur toute cette surface on voit les orifices pilo-sébacés dilatés, formant de minuscules entonnoirs. Quelques-uns des poils follets qui s'y implantent se montrent, à la loupe, entourés d'une petite collerette épidermique blanche, assez adhérente.

Par le palper on ne trouve au niveau de cette lésion aucun épaissement de la peau. Un pli fait en ce point n'est ni plus épais ni moins souple que dans les régions voisines. La fixité de cette éruption, l'érythème, la symétrie, la rugosité de la surface, les dilatations des orifices pilo-sébacés nous autorisent à affirmer que ce malade présente là tous les caractères du lupus érythémateux typique.

Sur le placard situé au-devant de l'oreille droite, l'aspect est tout différent. Ses dimensions sont de 5 centimètres en hauteur et de 3 cent. 1/2 d'avant en arrière. Sa surface présente également une coloration rouge un peu violacée, et donne au doigt une sensation de rudesse au toucher. Un certain nombre de poils sont disparus au centre de la plaque qui est blanc, déprimé, comme cicatriciel.

Dans les parties encore en état d'activité nous trouvons, en tendant les téguments, de petits grains jaunes, du volume d'un grain de millet, couleur sucre d'orge, qui ne font aucune saillie appréciable ni à la vue ni au toucher. A leur niveau la pointe

d'un crayon déprime les tissus plus facilement que dans leur voisinage.

Enfin à la partie supérieure il y a une petite surface, large de 1 centimètre, longue de 1 centimètre et demi, au niveau de laquelle les tissus sont végétants, fongueux, d'une couleur rouge pâle, et par points, on voit en outre quelques petites pustules remplies d'un liquide jaunâtre. Sur cette plaque nous avons donc tous les caractères du lupus tuberculeux en partie végétant et ulcéreux, et en partie lisse et complètement recouvert par l'épiderme.

La plaque située sur la joue gauche est plus petite que les précédentes. Tout près du menton elle forme aujourd'hui une saillie tuberculeuse, large de deux centimètres et demi, irrégulièrement circulaire à son niveau, les tissus sont végétants, ulcérés, saillants, infiltrés de pus. A la périphérie nous voyons quelques tubercules absolument typiques, en dehors de la zone végétante, et qui, discrets, sont entourés d'une petite aréole rouge. L'évolution de ce placard a été celle indiquée par M. le professeur Leloir à propos du lupus vulgaire érythématoïde. Le malade, très intelligent, nous explique qu'au début ce placard éruptif ressemblait absolument à celui du nez et que, c'est seulement depuis six mois que son aspect s'est modifié.

Sur le cuir chevelu nous trouvons disséminées plusieurs plaques glabres, les unes d'apparence cicatricielle, d'autres rouges, érythémateuses. Leurs caractères sont absolument ceux du lupus érythémateux du cuir chevelu et les recherches de champignons faviques sont complètement restées négatives.

Leur forme est irrégulière ; de dimension variant entre un centimètre et demi et cinq à six centimètres (et alors ayant des bords polycycliques et paraissant dues à la confluence de plusieurs plaques primitivement distinctes) elles ont une coloration blanche ou rougeâtre.

Celles qui sont blanches, cicatricielles sont légèrement déprimées en leur centre où il ne reste plus trace d'orifice de follicule pileux.

Les autres montrent, comme à la face, une surface rugueuse au toucher, pourvue d'orifices pilo-sébacés dilatés formant de petits entonnoirs, et surtout des squames blanches, petites, peu nombreuses ; mais très adhérentes.

Les oreilles sont absolument indemnes de toutes lésions.

Le reste de la surface du corps est parfaitement normal, ainsi que les muqueuses oculaire, nasale, buccale, etc.

L'auscultation des poumons ne nous révèle aujourd'hui aucun signe de tuberculose de ces viscères. La sonorité est normale ainsi que l'élasticité de la paroi. Les vibrations ne sont ni diminuées ni exagérées sensiblement.

A l'auscultation le murmure vésiculaire est moëlleux, l'expiration n'est pas rude, l'inspiration n'est pas saccadée et nous n'entendons pas de râles.

Les autres viscères sont également normaux et ce jeune homme accomplit sans trop de fatigue son métier de maçon.

Il est traité par les scarifications linéaires quadrillées très serrées, suivies d'applications d'emplâtre de Vigo.

En un mois il a été considérablement amélioré ; mais il n'a pas eu le courage de revenir jusqu'à la guérison et, après cinq séances hebdomadaires, le malade est parti pour ne plus revenir.

OBSERVATION II (personnelle).

Louis M..., étudiant en médecine, originaire de la Réunion, âgé de 32 ans, d'un tempérament faible, toussait depuis 7 à 8 ans, a présenté des symptômes, très nets de tuberculose pulmonaire :

amaigrissement, hémoptysies, fièvre et sueurs nocturnes. Il fut soigné en avril 1893 d'une pleurésie dont il a été guéri.

Le malade fort intelligent ne se faisait aucune illusion sur son état, et s'ingéniait par une hygiène sévère et une thérapeutique appropriée à enrayer la marche de la bacillose. En juin 1893 il vit se développer sur l'aile droite du nez une rougeur qui présentait pendant 6 à 8 jours les caractères suivants : une plaque arrondie rouge du diamètre d'une pièce de 50 centimes ; de plus cette plaque était recouverte d'une fine squame grisâtre assez adhérente. La pression exercée au niveau de cette plaque était un peu douloureuse. Après les repas le malade éprouvait de vives démangeaisons au même point. Aussi attribua-t-il cette éruption à une alimentation trop épicée. Cependant comme cette plaque présentait vers le sixième jour des modifications notables, le malade alla trouver un de nos maîtres en dermatologie, lequel n'hésita pas à faire de cette plaque, une plaque de lupus mixte. En effet sur son fond rouge apparaissaient çà et là un peu disséminés des petits points brillants dont les plus gros ne dépassaient pas un grain de millet, de couleur rouge jaunâtre, translucides, cédant à la pression du bout de crayon. En somme ces petits points avaient tous les caractères des tubercules lupiques et non pas des grains de millum. Pendant six mois, ce placard malgré les topiques employés, ne fut pas modifié.

En juillet 1893 le malade vit apparaître sur la joue gauche deux autres rougeurs revêtues d'une squame légère. Ces rougeurs n'évoluèrent point comme la précédente. Le derme n'était pas épaissi, la peau pouvait être plissée facilement, on n'observait point les petits tubercules lupiques caractéristiques. En somme, ces deux placards étaient des plaques de lupus érythémateux simple de Besnier. Sur ces entrefaites le malade auquel je m'intéressais fut emporté par les progrès de sa phthisie pulmonaire en novembre 1893.

En résumé, il s'agissait de l'apparition chez un tuberculeux avéré de deux sortes de placards: d'une part une plaque présentant presque simultanément, et c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation, les caractères du lupus érythémateux simple et ceux du lupus mixte. D'autre part, des plaques du lupus érythémateux franc. Etant donnés ces faits il ne serait donc pas irrationnel de penser que ces différentes formes de lésions cutanées reconnaissent une même origine, la tuberculose. Et ce qui nous encourage dans cette assertion c'est la coexistence sur un même placard de deux formes cliniques ordinairement distinctes.

A côté de ces cas nous en rapporterons un autre que nous trouvons dans l'ouvrage de Jonathan Hutchinson (*Lectures on certain rare diseases of the skin*). Nous y verrons qu'un lupus primitivement érythémateux est plus tard devenu le siège de tubercules. Ce cas forme une sorte d'intermédiaire entre celui que nous avons observé et le lupus vulgaire érythématoïde du D^r Leloir. C'est pour cette raison que nous en relatons l'observation.

OBSERVATION III

Lupus érythémateux sur les oreilles et les joues. Le nez n'est pas atteint. Les lésions des oreilles se sont développées probablement après un eczéma chronique et des engelures, et ont une plus lente évolution que les plaques des joues. Production consécutive de tubercules sur les joues.

Jessie Slutter, 17 ans (envoyée par le D^r May de Tottenham, 5 avril 1876).

Elle a sur chaque joue des taches à limites nettes et saillantes de lupus érythémateux superficiel. Sur la joue gauche une seule plaque à peu près large comme un florin avec plus ou moins de petits éléments analogues groupés au voisinage de la base du nez. Sur la joue droite la plaque principale est symétrique par rapport à celle de la joue gauche ; mais plus petite. Il y a, de plus une autre, entièrement distincte de celle-ci, sur la partie inférieure de la joue. La plaque principale de chaque côté siège sur l'éminence malaire et la région infra-orbitaire. Les deux oreilles sont également affectées ; les téguments sur l'hélix et l'anthélix sont érythémateux, adhérent plus qu'à l'état normal aux cartilages ; leur épaisseur est exagérée et, du côté droit on voit quelques cicatrices.

Les plaques éruptives des oreilles ont des caractères très nets : Un érythème intense, surtout à la périphérie, une surface saillante, des orifices pilo-sébacés dilatés, des squames épidermiques jaunâtres, adhérentes. Il n'y a pas de nodules lupiques ; mais les bords montrent comme de petits foyers de congestion, et lorsque la rougeur a disparu sous la pression du doigt, il reste là, en ces mêmes points, des taches jaunâtres, sans caractères bien nets comme causées par de très petits dépôts de gelée de pomme, en quantité trop minime pour donner lieu à la formation de nodules.

La surface, d'une manière générale a une teinte légèrement blanchâtre modifiant la coloration érythémateuse et due à une mince croûte d'épiderme. Le centre de la grande plaque de la joue gauche commence à se cicatriser. Il n'y a pas d'ulcération. Aux oreilles l'érythème est moins intense qu'il ne l'est aux joues et l'affection est sans doute la plus près de sa terminaison, plus près de se cicatriser.

Cette jeune fille jouit d'une belle santé. Sa circulation est un peu languissante, et c'est sans doute pour cette raison qu'elle est sujette aux engelures des mains et qu'elle a souvent froid aux

extrémités : mains et pieds. De plus ses joues sont toujours assez rouges. Pendant son enfance, et encore depuis elle a souffert de maux d'yeux ; mais on ne voit d'une manière nette aucune inflammation, aucune lésion de la cornée.

On ne connaît dans sa famille aucun cas de phthisie, ni de scrofule. Il n'y a qu'un autre enfant, un garçon de deux ans ; leur mère n'en a pas eu d'autres et n'a jamais fait de fausse couche. Il est né d'un second mariage de la mère. Elle n'a point souvenir de son père et ne sait pas à quelle affection il a succombé. Sa menstruation est très irrégulière : ses règles n'ont pas paru depuis dix semaines.

En considérant la durée de l'affection aux oreilles un doute s'élève dans l'esprit. Elle était pendant son enfance sujette à des éruptions sur la face et les oreilles et depuis a été sujette à des engelures aux oreilles. Probablement donc un eczéma chronique et les engelures ont été la cause prédisposante de l'état actuel.

Les lésions débutèrent sur la joue gauche il y a un à deux ans (août ou septembre 1874) et depuis a continué à croître. Elle n'attribue le début à aucune cause locale telle que une piqure ou l'exposition aux rayons du soleil ou au vent, etc.

Il n'y a aucune tache sur le reste du corps ; en particulier sur les mains. L'extrémité du nez est tout à fait froide. Elle a quelques cicatrices de pustules d'acné, quelques autres lésions de même nature en voie d'évolution quoique non suppurées ; quelques-unes sur la joue gauche semblent sur le point de devenir de nouveaux centres de lupus.

En novembre 1877, me trouvant par hasard à Tottenham avec le Dr May, je vis de nouveau sa malade. On me dit que par l'usage de la lotion au goudron son affection s'était considérablement améliorée. Depuis lors toutefois des tubercules lupiques s'étaient développés sur les joues. Le Dr May les traita par la curette de

Volkman. La quantité de tissu néoplasique dans chaque tubercule était assez considérable et il était impossible de les différencier de la forme vulgaire du lupus.

Nous avons là, je pense, un cas mixte dans lequel les lésions caractéristiques du lupus vulgaire, du lupus érythémateux, et de l'acné des engelures se trouvaient réunis chez le même malade.

Dans cette observation, comme dans la précédente, des lésions de lupus érythémateux parfaitement caractéristiques, ainsi que le démontrent et le diagnostic fait par le célèbre dermatologiste de Londres et la description qu'il en a donné se sont transformés après quatre ans en lupus tuberculeux non moins caractéristique. Mais, encore comme chez notre malade, les tubercules n'ont envahi qu'une partie des lésions primitivement développées : les oreilles sont restées indemnes de toute lésion autre que celles du lupus érythémateux, ou, pour mieux dire, l'auteur n'y a jamais vu de tubercules lupiques. Il nous semble que ce cas, comme le précédent, ne saurait rentrer dans la classe des lupus vulgaires érythématoïdes de M. Leloir, c'est un cas intermédiaire à ceux que cet auteur a décrits sous ce nom et à celui que nous avons observé.

En résumé, entre le lupus érythémateux le plus typique et le lupus tuberculeux il y a une série de formes de passage qui méritent le nom de lupus érythémato-tuberculeux ou lupus mixtes.

Si on admet que les deux variétés de lupus sont de la même nature ces faits s'expliqueront facilement par les

différences de virulence du microbe, par ses localisations diverses dans les éléments différents du derme et enfin par la nature du terrain sur lequel il évolue. Si avec M. Leloir en France et beaucoup d'auteurs étrangers on les considère comme de nature différente, on sera obligé d'admettre que dans ces cas il y a coexistence de deux processus pathologiques apparaissant simultanément ou successivement. Le lupus érythémateux créerait alors un point de moindre résistance au niveau duquel le bacille de Koch trouverait un milieu favorable à son développement.

Mais il nous semble beaucoup plus simple d'admettre avec la plupart des dermatologistes français, MM. Besnier et Hallopeau en particulier, que ces deux affections dont les cas types paraissent si dissemblables ne sont que deux modalités cliniques de l'évolution dans les téguments du bacille de Koch. Les cas intermédiaires que nous avons étudiés nous semblent un argument important à ajouter à ceux que M. le Dr Besnier a publiés à l'appui de son opinion sur la nature de ces deux dermatoses.

CONCLUSIONS

A côté des lupus tuberculeux typiques, à côté des lupus érythémateux francs, il existe, et c'est là un fait connu depuis longtemps, des lupus mixtes qui présentent, soit à la fois, soit successivement, les caractères de l'une et de l'autre forme de lupus réunies sur le même placard. Dans ce dernier cas ce sont les lésions du lupus érythémateux qui se montrent tout d'abord ; plus tard seulement apparaissent les tubercules.

Dans ces lupus érythémato-tuberculeux plusieurs formes cliniques pourraient être distinguées, car comme nous avons cherché à le montrer, il y a, de l'une à l'autre forme type de lupus, une série ininterrompue de faits de passage.

Par suite, à côté du lupus vulgaire érythématoïde de M. Leloir, caractérisé par de l'érythème, de l'induration des tissus sous-jacents, une vascularisation exagérée et par l'existence de rares tubercules disséminés, il faut admettre que des lupus érythémateux véritables peuvent devenir le siège de tubercules lupiques.

L'existence de ces formes mixtes nous semble être une preuve de plus en faveur de la nature bacillaire du lupus

érythémateux, preuve qu'on doit ajouter à celle que M. Besnier a fait connaître et dont la plus importante est, sans contredit, la fréquence tout à fait remarquable de la scrofule et des diverses manifestations de la tuberculose chez les personnes atteintes de lupus érythémateux, chez leurs ascendants ou chez leurs collatéraux.

Vu par le Président de la thèse,

FOURNIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD

BIBLIOGRAPHIE

1. AUDRY. — Nature tuberculeuse du lupus érythémateux (Annales de la Société de Dermatologie : 4 août 1894).
2. BURI. — Du lupus érythémateux (Monatshefte für prakt. dermatologie : 4 août 1894).
3. HARDAWAY. — Tuberculose de la peau simulant le lupus érythémateux (American Dermatol. Association 5 septembre 1893).
4. Lupus érythémateux simulant des formes variées de dermatite : Radcliffe Crocker : Journal of cutaneous diseases. Janvier 1894.
5. TRAUD. — Relations à établir entre le lupus érythémateux et la tuberculose. Traud, Lyon médical, 11 février 1894.
6. Tuberculose de la peau simulant le lupus érythémateux et le lupus vulgaire. American Journal of medical scienc. Avril 1894.
7. Lupus érythémateux. Société viennoise de dermatologie, février 1893.
8. LILIENTHAL. — Berlin Klinische Wochensch, 23 janvier 1894.
9. PETRINI. — Etude histologique sur le lupus érythémateux. (Analysée in Revue Hayem. T. 2, 1893.
10. Du lupus érythémateux. Malcolm Morris.
Berlin Klin. Wochenschrift., 31 octobre 1892.

11. LELOIR. — Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau.
1 volume.
12. Emploi de la tuberculine contre le lupus érythémateux et le
lupus vulgaire : Arch. für dermatologie. XXVIII, 3,
1891.
13. Sur l'histologie et la nature du lupus érythémateux : Leloir,
Congrès de Limoges, 1891.
14. Histologie du lupus érythémateux : Schütz. Berlin Klinike
Wochenschrift : 2 décembre 1889.
15. MALCOLM MORRIS. — Du lupus érythémateux. Berlin
Klinike Wochenschrift, 6 avril 1891.
16. HUTCHINSON. — Lectures on some rare diseases of the
skin : London 1879.
17. GAUCHER. — Leçons sur le lupus érythémateux (Bulle-
tin médical 1893).
18. TENNESSON. — Traité de dermatologie.
19. KAPOSI. — Traité des maladies de la peau, traduction. Bes-
nier et A. Doyon.
20. BROCCQ. — Traitement des maladies de la peau.

